

## <診療録>

診察日：20XX年9月11日

記載者：〇〇 ××

### <患者情報>

患者名：自治 松子（じち まつこ） 年齢：48歳 性別：女性

### <病歴>

主訴：呼吸困難

現病歴：3週前から職場の階段昇降などの労作時に、前胸部圧迫感を伴う呼吸困難感が出現した。安静により5分ほどで消失するが労作で再び症状が出現する。最近では安静時にも症状がみられ、症状出現時に冷汗を伴い、ときに眼前暗黒感を伴うようになった。症状の悪化があり受診した。患者は長女の産後うつ病のことで悩み、それによる症状と解釈している。

既往歴：10歳時に高熱で入院しているが詳細は不明である。健康診断は受けていない。アレルギーはない。

生活歴：喫煙：10本/日を10年間（30歳～）、飲酒：飲酒はしない

家族歴：父は40歳時に交通事故死。母は80歳から高血圧。長女は25歳時にうつ病（産後うつ病）

### <現症・検査所見>

現症：眼瞼結膜は貧血様である。甲状腺に圧痛と腫大とはない。胸骨右縁第2肋間（大動脈弁領域）を最強点とする収縮期駆出性雑音を聴取する。右頸部に放散する雑音を聴取する。

検査所見：血液検査；赤血球378万、Hb 9.0 g/dL、Ht 28%、白血球7,800、血小板32万。血液生化学検査；AST 21 U/L、ALT 22 U/L、 $\gamma$ -GTP 19 U/L、アミラーゼ 90 U/L（基準37～125）、CK 73 U/L（基準32～180）、BUN 18 mg/dL、Cr 0.6 mg/dL、Fe 25  $\mu$ g/dL（基準40～180）、TIBC 452  $\mu$ g/dL（基準235～432）、フェリチン 5 ng/mL（基準10～80）。12誘導心電図；心拍数：約60分、整。洞調律。軸はおよそ+60°と平均電気軸。QRS幅は0.12秒未満と基準値内である。I、V5、V6のR波増高、V1、V2の深いS波、I、aVL、V5、V6を中心とした陰性T波を認め、総じて左室肥大の所見である。胸部エックス線；骨、軟部陰影に異常はない。心胸郭比は約50%。両側の肋骨横隔膜角は鋭。左第4弓はわずかに突出している。肺血管陰影に明らかな増強はない。心エコー；大動脈弁の石灰化像と開放制限を認める。推定（最大）大動脈弁圧較差は100 mmHgである。

### <プロブレムリスト>

#1. 大動脈弁狭窄症、#2 鉄欠乏性貧血

### <臨床経過>

#1. 患者の胸部苦悶感は労作によって出現し、安静によって消失しており狭心症発作の特徴を有している。最近では安静時にも症状がみられ、胸部苦悶感とともに冷汗や眼前暗黒感を伴い前失神状態と判断される。#2. はこれらの増悪因子と考えられる。胸部聴診所見は大動脈弁狭窄症に合致する。12誘導心電図で左室肥大の所見を示し、大動脈弁狭窄症を支持する。実際、心エコーで大動脈弁狭窄を認め、推定（最大）大動脈弁圧較差は100 mmHgであった。#2. の原因精査の結果にもよるが、2020年改訂版弁膜症治療のガイドラインを参照し、外科的もしくは経カテーテル的な大動脈弁置換術の適応と判断する。

#2. 眼瞼結膜は貧血様であり、血液検査所見で小球性貧血、血清鉄低下、TIBC上昇、フェリチン低下をきたし、鉄欠乏性貧血の所見である。貧血の原因として慢性的な出血が挙げられ、月経、便の性状などを聴取する必要がある。経過からは慢性貧血と考えられ、輸血の適応基準には該当しなさそうであるが、心不全の増悪因子となっており、鉄剤の投与を行いながら、出血源の精査を行っていく。年齢を考慮して、出血を伴う悪性腫瘍について十分な精査を行う。

### <考察>

呼吸困難の原因として、器質的、精神的なものに大別される。本症例は労作時に再現性のある呼吸困難を認め、器質的と考える。患者の解釈モデルに惑わされて精神的な原因と判断しないように注意したい。本症例の呼吸困難の原因は複合的であり、手術適応のありそうな大動脈弁狭窄症があり、貧血が併発したことで症状が顕在化したことを考える。呼吸困難の原因を多面的に学ぶことのできた1例であった。